CARCINOMA VAGINÆ MIT PROLAPS

(IM ANSCHLUSS AN 2 FÄLLE AN DER BASLER FRAUEN-KLINIK.)

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

EINER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT VON

WALTER LOSER

PRAKTISCHER ARZT VON MOSNANG (KT. ST. GALLEN).



SARNEN

LOUIS EHRLI, BUCH- UND KUNSTDRUCKEREI

1913

CARCINOMA VAGINÆ MIT PROLAPS

(IM ANSCHLUSS AN 2 FÄLLE AN DEM BASLER FRAUENSPITALE).

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

EINER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT VON

WALTER LOSER

PRAKTISCHER ARZT VON MOSNANG (KT. ST. GALLEN).



SARNEN

LOUIS EHRLI, BUCH- UND KUNSTDRUCKEREI

1913

Von der Medizinischen Fakultät genehmigt
auf Antrag von Herrn Professor
Dr. Otto von Herff.

Bekanntlich sind Uterus und Vagina, die doch beide aus den gleichen Müller'schen Gängen entstanden, von der carcinomatösen Neubildung ganz auffallend verschieden häufig befallen. Während das Carcinoma uteri, wohl die wichtigste und in ihren Folgen wohl die schwerste Erkrankung der weiblichen Sexualorgane, so häufig sowohl vom Gynäkologen als auch vom praktischen Arzte gesehen wird, so selten trifft man ein primäres Carcinoma vaginae. Wenn wir auch für diese Erfahrungstatsache eine bindende Erklärung zu geben nicht imstande sind, so bringt doch ein Vergleich der physiologischen Funktionen beider Teile des Genitalrohres den auffallenden Unterschied in ihrer Disposition zur malignen Degeneration unserm Verständnis näher. Im geschlechtsreifen Uterus haben wir eine zwar funktionell fertige Form der Schleimhaut und Muskulatur, in der jedoch latent eine ausserordentliche Wachstums- und Regenerationsfähigkeit liegen bleibt, die auf die verschiedensten Reize hin, besonders entsprechend der Menstruation und Gravidität in Entfaltung kommen. In der drüsenarmen Scheide hingegen beschränkt sich nach Erreichung der funktionell fertigen Form das aktive Wachstum des Epithels lediglich auf die geringfügige Regeneration der Epitheldecke, entsprechend der äussern Haut, im übrigen spielt sie eine sozusagen passive Rolle in der Physiologie des Genitaltraktus. Einen analogen Unterschied finden wir auch zwischen Tube und Ovarium; auch bei diesen finden wir einen gewaltigen Unterschied in der Häufigkeit des Tubencarcinoms zum Carcinom des Ovariums, ja in noch höherem Grade als wie zwischen Vagina und Uterus.

Wie selten das Vaginalcarcinom ist, mögen von den vielen übereinstimmenden Statistiken folgende beweisen:

A. Martin berichtet in seinem Lehrbuche über Frauenkrankheiten, dass auf 2000 gynäkologische Fälle nur ein primäres Vaginalcarcinom komme, hält jedoch dieses Verhältnis noch für zu gross. Gurlt fand in den drei grossen Wiener Krankenhäusern von 1855—1878 von 4107 krebsigen Entartungen der weiblichen Genitalien nur 114 Fälle von Vaginalcarcinom, also

nur 2,7 Prozent. Schwarz findet bei 35,807 Patientinnen der Berliner Frauenklinik nur 84 Vaginalcarcinome, also nur 0,24 Proz. aller Frauenkrankheiten. Gemäss der Totenlisten von Paris gibt Walshe unter 8289 Fällen von Carcinomen beider Geschlechter 3076 allein der weiblichen Sexualorgane an, die sich folgendermassen verteilen:

Ovarialcarcinom	64
Vulvacarcinom	2
Uteruscarcinom	2996
Vaginalcarcinom	14
	3076

Hauser fand in den 4900 gynäkologischen Fällen des Frauenspital Basel vom Jahre 1901—1909 nur 7 Fälle von primärem Vaginalcarcinom, also nur 0,14 Prozent aller Fälle.

Diese Zahlen dürften die grosse Seltenheit des primären Scheidenkrebses genügend dartun.

Noch unverhältnismässig viel seltener als der Scheidenkrebs als solcher kommt er vor in Kombination mit Prolaps. Es fanden sich bis jetzt in der ganzen medizinischen Literatur überhaupt nur 7 solche Fälle zusammengestellt und jeder einzelne wurde vom Beobachter geradezu als Kuriosum mitgeteilt.

Da nun im Frauenspital Basel kurz hintereinander 2 solche Fälle zur Beobachtung kamen, hat mich mein hochverehrter Lehrer, Herr Professor v. Herff, veranlasst, diese 2 neuen Fälle zu veröffentlichen und im Zusammenhang mit den schon bekannten kurz zu bearbeiten.

Ich habe in der ganzen mir zur Verfügung gestandenen Literatur noch drei weitere Fälle von Carcinoma vaginae, kompliziert mit Prolaps, gefunden, so dass ich jetzt in der Lage bin, 12 solcher Fälle nebeneinander zu stellen.

I. Fall. Zizold.

Anamnese: J. M., 47 Jahre alte Taglöhnersfrau, verheiratet seit 1879. Menstruation zuerst mit 17 Jahren, war immer regelmässig. Patientin hat einmal geboren, Zange, Wochenbett normal. Beim Arbeiten zeigt sich gleich eine Geschwulst vor den äussern Genitalien, die im Laufe der Jahre immer mehr an Umfang zunahm; Arzt wurde nicht konsultiert. Im März 1887 entstand an der Stelle, wo die prolabierte Scheidenwand beim Gehen am rechten Oberschenkel rieb, ein Geschwür, aus dem den ganzen Sommer hindurch bald stärkere, bald schwächere Blutungen stattfanden.

Befund: Oktober 1887. Aus den äusseren Genitalien ragt eine kindskopfgrosse Geschwulst hervor, welche am unteren Rande eine Querspalte von 2 cm zeigt, aus der blau-grauer Schleim hervorquillt. Um den Muttermund finden sich Resten früherer Schrunden und Narben. Der Scheidenteil grenzt sich noch jetzt gegen das Corpus ab. Die hintere Lippe ist auf mehrere Zentimeter verdickt und verlängert, die vordere ist flacher. Ueber der vorderen erhebt sich ein reichlich taubeneigrosser, zum Teil pigmentierter Wulst schräg nach rechts, an welchem sich dann vorn und aussen eine fast handtellergrosse an den Rändern nach aussen gewulstete und frischrot aussehende, im Zentrum buchtige, mit graugelben Massen bedeckte Ulcerationsfläche anschliesst. Die Ausdehnung derselben im Längsdurchmesser beträgt 6, im queren 8 cm. Von der rechten Commissur ist der Beginn 3 cm entfernt. Die nach oben an die Ulceration grenzende Schleimhautfläche ist stark glänzend, etwas infiltriert und zeigt vermehrte Epithelabstossung. Der Uterus ist nach links und hinten mit seinem Grund bis vor das labium majus sin., die Blase vor dem Uterus fast in toto herabgetreten. Weder inguinale noch höher gelegene Drüsen sind vergrössert. Der Tumor kann nur mit Mühe reponiert werden.

Diagnose: Totaler Uterusprolaps mit Retroflexion, totale Inversion beider Invaginalwände, Cystocele, primäres, flaches, etwa die Hälfte der Vaginalwand einnehmendes kankroides Ulcus.

Mikroskop. Befund: Plattenepithelkarzinom, Kankroid.

Operation 11. Nov. 1887. Entfernung der kankroiden Geschwulst mit Paquelin. Wundheilung normal. Prolaps wird reponiert. 21. Jan. 1888. Kolpoperineoplastik, Heilungsprozess normal. Nach kurzer Zeit, in Zwischenräumen von acht Tagen, zwei Tage dauernde Blutungen bis Mitte April, wo sie sistieren. Im Juni wieder heftige Blutung. Ende Juni findet sich im obersten Abschnitt der Scheide rechts ein Recidiv, das auch die Cervix ergriffen hat, ebenso sind Uterus und Beckenbindgewebe krebsig infiltriert. Patientin elend, stark abgemagert. Kauterisation. Nach zwei Monaten wieder Blutungen. Ueber den weiteren Verlauf ist nichts mitgeteilt.

II. Fall. Linke.

Anamnese: P. W., 44 Jahre alt, Bauernarbeitersfrau. Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig. Patientin hat einmal, 1878, geboren; Geburt und Wochenbett normal. Seit der ersten Geburt besteht ein Vorfall, der jedoch nie Beschwerden machte; seit 1893 Menopause. Anfang 1894 erlitt Patientin starke Blutung, die sich jede Woche zweimal wiederholte. Das Blut kam aus einer Neubildung, die Patientin erst seit 3 Wochen bemerkt haben wollte; klagt über Schmerzen im Vorfall beim Husten. Hat nie ein Pessar getragen.

Befund: Zur Vulva ragt ein Tumor heraus von ovoider Gestalt, an dessen unterm schmalem Ende der quergespaltene Muttermund sichtbar ist. Derselbe ist umgeben von einem Ring flacher Ulcerationen. Der Tumor ist gebildet von der total umgestülpten Vagina. Der Damm ist erhalten. Durch die invertierte Vagina fühlt man den sehr schlanken Uterus

bis zum Fundus liegen. Die grösste Länge des Vorfalles beträgt 13 cm, die grösste Breite 11 cm, die grösste Tiefe 9 cm. Rechts oben an die Vulva angrenzend sitzt auf der invertierten Scheidenschleimhaut ein pilzförmig hervorragender Tumor von ovoider Gestalt. Derselbe ist 10 cm lang und 6 cm breit. Er ragt bis zu $1/3$ cm über das Niveau der invertierten Scheide empor. Die Oberfläche ist unregelmässig höckerig, zum Teil rötlich, zum Teil gelblich eitrig. Die Konsistenz ist mässig fest. Die dem Tumor gegenüberliegende Haut an der Innenseite des rechten Oberschenkels ist stark rot verfärbt und glänzend, zum Teil erodiert. Von den Inguinaldrüsen ist rechts eine deutlich vergrössert. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die auf Karzinom gestellte Diagnose.

Operation 2. März 1894. Umschneiden und Abtragen des Carcinoms. Prolaps wird reponiert, tritt jedoch später wieder hervor. Am 4. April 1894 wird rechts über der Harnröhre ein Recidiv konstatiert. Operation; u. a. Kolporaphia anterior. 20. Juni 1894 abermals Recidiv an wieder prolabiertem Uterus und Vagina, rechterseits Operation. 19. Juli 1894. — Bei Untersuchung per Rektum hinten im Becken rechts vom Rektum ein grosser Knoten, Schleimhaut des R. dem Tumor fest angeheftet. Fall ist inoperabel. 27. Oktober 1894. Exitus.

III. Fall. Linke.

Anamnese: M. F., 57 Jahre alt. Erste Menstruation mit 15 Jahren, sie war stets regelmässig. Seit 1890 (seit 2 Jahren) besteht Menopause, seit 1880 ein Prolaps, der nie Beschwerden machte; nach Angaben der Patientin ist schweres Heben die Ursache; hat nie geboren. Im Juni 1892 stellten sich Urinbeschwerden und Harndrang ein, ausserdem übelriechender Ausfluss und Schmerzen im Leib.

Befund: Die Inguinaldrüsen sind, besonders rechts, etwas geschwollen. Aus der Vulva ragt ein unebener, rötlicher, mit gelbem eitrigem Belag bedeckter Tumor hervor, an dem sich mehrere Buchten und Vertiefungen nachweisen lassen. Die Länge beträgt 14 cm, die Breite 12 cm. Die Umgebung der Vulva, sowie die angrenzende Partie des Oberschenkels zeigt in mässigem Grade ekzematöse Rötung. Der Tumor scheint sich im wesentlichen an die prolabierte Vagina anzuschliessen. Das vordere und das hintere Scheidengewölbe sind beide nicht mehr erhalten. Die Hinter- sowie die Vorderfläche ist in grossem Umfang geschwürig zerfallen. Die Ränder der Geschwüre sind ziemlich stark infiltriert, speziell die ganze Vorderfläche des Tumors ist in ein Geschwür verwandelt, das zum grossen Teil auf die Rückfläche übergreift. Am obern Rande des Tumors, in eine Furche versunken, ist die Oeffnung der Urethra verborgen und das Rektum lässt sich noch ein Stück weit in den Vorfall verfolgen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt Carcinom. Der Fall wird als inoperabel betrachtet und entlassen.

IV. Fall. Schmidt (aus dem Schwedischen übersetzt).

Anamnese: H. A., 73 Jahre alte Häuslersfrau. Patientin begann

mit 20 Jahren zu menstruieren, und zwar immer regelmässig. Mit 30 Jahren machte sie ihre erste Entbindung durch, die vollkommen normal verlief. Sie bekam bald einen gelinden Vorfall. Nach 2 Jahren bekam sie abermals ein Kind. Der Prolaps war anfangs noch reponierbar, später nicht mehr; war nie in ärztlicher Behandlung und hat auch nie ein Pessar getragen. Im Jahre 1894 entstand ein kl. Ulcus auf der linken Seite des Prolapses, das sich rasch ausbreitete, zuweilen stark blutete und eine eitrige, übelriechende Flüssigkeit absonderte. Daneben bestanden Unterleibsschmerzen.

Befund: 24. November 1894. Bei der Untersuchung des Genitalorganes wurde ein rundlicher Prolaps der Vagina von der Grösse eines mittleren neugeborenen Kindskopfes bemerkt. Mehr als die linke Hälfte des Prolapses wurde von einer ulcerierten Neubildung von 12 cm Länge und 10 cm Breite mit scharfer Abgrenzung gegen die umgebenden Teile eingenommen. In der Nähe der Urethralmündung nach hinten und unten liess sie nur 2—3 cm Vaginalschleimhaut frei. Gleich nach rechts, an der unteren Grenze des ulcerierten Teiles und am tiefsten Teile des Vorfalles erscheint der äussere Muttermund. Die rechte Hälfte der Fläche des Prolapses zeigt ausser der unveränderten Schleimhaut 3 ungefähr erbsengrosse Ulcerationen, die anscheinend durch Druck hervorgerufen sind. In dem Vorfall kann der etwa walnussgrosse Uterus gefühlt werden.

Operation: 25. Nov. 1894. Exstirpation des Uterus, dessen Cervix eine Länge von 11 cm hatte. — 29. Nov. 1894: Exitus.

Da die Obduktion keinerlei Anhaltspunkte finden lässt, wird als Todesursache Chloroformtod angenommen und die Diagnose auf primäres Scheidenkarzinom gestellt.

V. Fall. Gebhardt.

Der Tumor sitzt auf der linken Seite der prolabierten Vagina und gehört der papillären Form an.

VI. Fall. Fleck.

Anamnese: Frau H., 43 Jahre alt, seit 18 Jahren verheiratet, hat nie geboren und nie abortiert. Im Jahre 1898 bemerkte Patientin einen Vorfall, der anfangs nur bei der Arbeit hervortrat und langsam an Umfang zunahm, sie aber an der Arbeit nicht behinderte. Im Jahre 1901 stellten sich Beschwerden ein, Schmerzen im Unterleib und im Vorfall selbst, die das Sitzen unmöglich machten. Die Urinentleerung war schon längere Zeit mangelhaft und schmerzhaft und in letzter Zeit hat Patientin den übelriechenden Urin überhaupt nicht mehr halten oder nur in geringen Mengen entleeren können.

Befund 1901: Aus den äusseren Genitalien ragt eine kürbisgrosse, an der Oberfläche teilweise ulcerierte und mit Eiter bedeckte Geschwulst hervor. Am untern Pol der vorderen Fläche und etwas rechts befindet sich eine linsengrosse von einem Schleimpfropf verdeckte Oeffnung, der äussere Muttermund. An der Spitze des Tumors unter der Symphyse die

etwas ektropionierte Harnröhreneinmündung mit intensiv geröteter Umgebung. Der Prolaps fühlt sich teigig hart an und ist äusserst schmerzhaft, daher die Palpation des Uterus unmöglich. Der grössere Teil der Blase ist in den Vorfall eingezogen, der kleinere Teil liegt noch in der Bauchhöhle. Eine Rektocele konnte nicht festgestellt werden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Plattenepithelkarzinom; jedoch fand man bei der klin. Beobachtung ein auffallend langsames Wachstum, wie Ulcus rodens, im Gegensatz zu den echten Vaginalkarzinomen.

Von einer Operation musste wegen dem ausserordentlich schlechten Allgemeinbefinden abgesehen werden.

Die Sektion ergab u. a., dass das Carcinom in den Douglas eingebrochen war und ihn in eine Abscesshöhle umgewandelt hatte, die hoch mit dem Rektum kommunizierte, ferner mit einem Abscess hinter der Blase und am Colon ascendens.

VII. Fall. Kirchner.

Anamnese: E. Sch., 80 Jahre alte Steinhauerswitwe. Patientin gab beim Eintritt ins Hospital zum hl. Geist in N. am 20. Dezember 1897 an, sie sei stets gesund gewesen und ohne alle Gebrechen. Als sie sich jedoch am 26. Mai 1905 auf die Krankenabteilung wegen Beschwerden meldete, die sie erst seit einem Vierteljahre haben wollte, gestand sie ein, dass sie bereits seit 40 Jahren einen Prolaps habe, den sie sich durch Heben und Ausgiessen eines Schaffes voll Wasser schon in jungen Jahren zugezogen habe; offenbar erst nach der Geburt ihres Kindes.

Befund: Patientin kommt mit einem jauchenden Dekubitalgeschwür (?) der total prolabierten Scheide auf die Abteilung. Da sie Urinretention hat, wird versucht, den Prolaps teilweise zu reponieren; dies gelingt zwar nicht, aber es träufelt nunmehr reichlich Urin über den Prolaps, so dass die Patientin beschwerdefreier wurde. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen.

29. Mai 1905: Exitus.

Die Sektion ergab: Primäres Karzinom der prolabierten Scheide, keine Metastasen.

Mikroskopische Diagnose: Plattenepithelkrebs der Scheide, und zwar Kankroid.

VIII. Fall. Moraller.

Moraller stellt in der „Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin“ im Jahre 1907 eine 46jährige Frau vom Lande vor mit Totalprolaps der Scheide und des Uterus mit ausgedehnter Carcinomentwicklung auf den prolabierten Scheidewänden. Der Vorfall besteht bei der Patientin, welche einmal spontan geboren hatte und auch im Wochenbett nicht zu früh aufgestanden und die altgewohnte Landarbeit wieder aufgenommen hatte, seit drei Jahren. Anfangs wallnussgross, nahm derselbe allmählich an Grösse zu, bis er im Juli 1905 die noch jetzt bestehende Grösse eines Kindskopfes erreichte. Im August desselben Jahres stellte sich an der vorgefallenen

Scheidenwandung Geschwürsbildung ein, die, anfänglich klein, immer mehr um sich griff, bis sie schliesslich fast die ganze Oberfläche des Tumors einnahm. Trotz dieses grossen, zwischen den Schenkeln herabhängenden Prolapses und der an demselben aufgetretenen, ausgedehnten, leicht blutenden Geschwürsbildung hat die Patientin keinerlei Schmerzen, so dass sie bis vor drei Wochen keinen Arzt aufsuchte. Stuhl- und Harnbeschwerden fehlen völlig, hingegen will sie in letzter Zeit trotz guten Appetits stark abgemagert sein. — Aus dem hochgradig ausgedehnten Introitus vaginae der stark abgemagerten und kachektisch aussehenden Frau heraus hängt zwischen den Schenkeln ein stark kindskopfgrosser, länglich-runder Tumor herab, welcher deutliche respiratorische und pulsatorische Verschieblichkeit zeigt. — Die total vorgefallenen Scheidenwandungen sind bis auf spärliche, schmale, dicht am Introitus gelegene Streifen erhaltener, anscheinend normaler Vaginalschleimhaut in eine höckerige, warzenartige, bei der leisesten Berührung stark blutende carcinomatöse Geschwürsfläche umgewandelt. Die stark verdickte Portio, deren vordere Lippe noch anscheinend normalen Epithelüberzug zeigt, während derselbe an der hinteren geschwürig zerstört ist, befindet sich an der Rückfläche des Tumors gleich hinter dessen Spitze. Der auffallend kleine Uterus liegt in Anteversionsstellung, leicht nach rechts geneigt. Die Harnröhre verläuft senkrecht nach abwärts in den Tumor hinein; die völlig in letzterm dislozierte Blase weist eine hochgradige eitrige Cystitis auf. Keine Rektocelenbildung. Die Inguinaldrüsen zeigen keine erhebliche Schwellung. Wegen starker Abmagerung und hochgradiger Kachexie der Patientin und den geringen Resten übriggebliebenen normalen Scheidengewebes, welches eine Absetzung des Tumors im Gesunden kaum mehr erlaubt und bei dem Verdacht, dass auch die Blasenwand bereits vom Carcinom ergriffen ist, wird nicht operiert.

IX. Fall. Ruge.

53jährige Frau mit ausgedehntem Carcinom der vorderen Scheidenwand bei totalem Prolaps der Scheide und des Uterus. Prolaps besteht seit 20 Jahren (einziger Partus). Auftreten eines Ulcus wurde im Dezember 1906 von der Patientin bemerkt; da es jetzt schon auf die Vulva übergreift und die Harnblase schon affiziert ist, wird von Exstirpation abgesehen, besonders da Inguinaldrüsenschwellung stark ist.

Mikroskop: Epithelialkrebs ohne Hornperlenbildung.

X. Fall.

Veit zitiert in einem Referat („Zentralblatt für Gynäkologie", Nr. 10, 1910) drei Fälle von prim. Vaginalcarcinom, worunter ein Fall mit totalem Prolaps: Der dritte Fall ist gleichfalls ein ganz verzweifelter, Carcinoma vaginae mit totalem Prolaps. Natürlich versuche ich auch in solchem Falle noch zu operieren, aber das weiss ich, dass die Prognose der Scheidenkarzinome und die Prognose dieses Falles ungünstig genannt werden muss, wenigstens in Bezug auf das Rezidiv; von dem Eingriffe wird sich Patientin, die sich jetzt am fünften Tage nach der Operation befindet, wohl erholen.

XI. Fall. v. Herff.

Anamnese: Frau B. in B., 63 Jahre alte Witwe. Eltern gestorben; Mutter an Altersschwäche, Vater gestorben an ?. Keine Geschwister. Mann an Tuberculosis pulm. gestorben. Patientin will früher immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 11 Jahren, immer regelmässig; letzte mit 52 Jahren. 5 Geburten, 2 Aborte, wovon 1 im 5. Monat, die andern im 3. Monat.

Jetzige Beschwerden: Seit der letzten Geburt vor 43 Jahren hat Patientin Beschwerden von Seiten der Gebärmutter; sie hat das Gefühl von Zug nach unten; sonst keine Schmerzen oder Beschwerden dabei. Im Laufe der Jahre sei die Gebärmutter immer weiter herausgetreten.

6. VII. 1911. Befund: Kompleter Uterusvorfall, Uterus sehr klein, retroflektiert; komplete Inversio vaginalis. Die ganze Prolapsoberfläche zeigt ein grosses Geschwür mit starker Gewebszerstörung. Mit dem scharfen Löffel werden kleine Partikelchen zur Untersuchung weggenommen. In der Tiefe sind dieselben Granulationen zu sehen.

Patholog. anatom. Diagnose: Kankroid der Vagina.

Mikroskop. Befund: Die curettierten Massen bestehen aus netzförmig miteinander verbundenen Krebszellsträngen von verschiedener Breite, die hie und da Cancroïdperlen aufweisen. Im Zwischengewebe starke Infiltration mit vorwiegend Lympho- weniger Leukocyten.

10. VII. Operation, Professor v. Herff. Narkose: Skopol.-Pantopon Chloroform-Aether-Sauerstoff. Desinfektion des Operationsfeldes: Irrigation und Waschung mit 50 ⁰igem 3⁰/₀₀ Jodspiritus. Circuläre Umschneidung des Tumors an seiner Ansatzstelle am Vestibulum vaginae. Nach Einführung eines Katheters wird die vordere und hintere Scheidenwand abpräpariert bis zur Portio. Blutstillung durch Compression mit sterilem Tuch. Einige grössere Gefässe an den Seitenkanten werden umstochen und durchtrennt. Es erfolgt darauf Eröffnung des Cavum vesico-uterinum, und der Uterus, der im Douglas, bes. rechts in Verwachsungen eingebettet ist, wird herausgezogen. Sofort wird das Peritoneum vernäht und die Bauchhöhle geschlossen. Von links her werden die Verwachsungen des Uterus mit dem Douglas durchtrennt, desgleichen Plica vesico-pelvica; die A. uterina und A. spermatica wurden rechts unterbunden und nach völliger Freilegung der rechten Seite auf die linke übergegangen. Auch hier mehrfache Unterbindungen der Art. uterina und Freipräpräparien der linken Uteruskante, bis zuletzt Uterus und Vagina in toto entfernt werden können.

Die Seitenkanten der Wundhöhle werden miteinander vernäht, oben und unten auf beiden Seiten nach Analogie der Operation von Le Fort. Nur in der Mitte wird ein daumendicker Kanal zur Drainage übrig gelassen. Tamponade mit Xeroformgaze. Die vordere und hintere Wand des Vestibulums werden aneinandergenäht, doch von einer Perineoplastik wird abgesehen des marant. Zustandes der Frau wegen.

22. VII. Exploration: Ca. 4 cm. über der Analöffnung eine für die Sonde gut durchgängige Communikation zwischen dem Rektum und dem ehemaligen Wundtrichter.

11. VIII. Austritt. — Status: Kolpokeisis bis auf eine etwas links von der Mittellinie gelegenen Fistel geschlossen. Die Fistel führt durch eine für die Sonde durchgängige Oeffnung direkt ins Rektum. Rektal nirgends etwas Besonderes zu fühlen.

Die Frau fühlt sich wohl. Sie kommt alle drei Monate in die Frauenpoliklinik zur Beobachtung. Letzte Untersuchung Neujahr 1913. Von einem Rezidiv ist nichts zu sehen. Die Frau fühlt sich vollständig wohl und beklagt sich geradezu über Gewichtszunahme. 22 Monate nach der Operation.

XII. Fall. v. Herff.

Anamnese: Frau A. S. in B., 68 Jahre alt. Bis zum 48. Jahre will Patientin nie krank gewesen sein. Dann trat angeblich eine Geschwulst an der rechten Bauchseite auf, welche keine Beschwerden von Seiten des Darmes oder der Blase machte und von selbst wieder verschwand. Mit 56 Jahren Bauchfellentzündung; seither gesund. Erste Periode mit 18 Jahren; anfangs unregelmässig, nach einem Jahr regelmässig, 3—4 Tage, schwach. Zwei Geburten, kein Abort; beide spontan 1864 und 1865. — Jetzige Beschwerden: 6. XII. 1911. Seit zehn Jahren bemerkte Patientin eine allmählich immer stärkere Senkung der Scheide, hatte aber bis in die letzte Zeit keine Beschwerden. Seit einem Jahr Ausfluss, graulich, etwas zäh, nicht blutig. Am 12. Oktober 1911 zum ersten Male eine Blutung, einen ganzen Tag dauernd. Hierauf blutig vermischter Ausfluss. Am 2. November wieder eine stärkere eintägige Blutung und eine letzte am 23. November: jedesmal gingen auch Fetzen geronnenen Blutes ab. Schmerzen nur bei Cohabitation. Stuhl- und Harnentleerung o. B. Klimax im 48. Jahre.

6. XII. Befund: Vollständige Inversion der ganzen Scheide. Links vom Scheidengewölbe, nahe an der Umschlagstelle, ein Ulcus, grobkörnig, zum Teil gelblich-grün belegt, zum Teil papillär, bröckelt bei leisester Berührung. Portio weit vorn.

Diagnose: Inversio vaginae totalis cum Carcinoma. — Therapie: Totalexstirpation.

9. XII. 1911 Operation, Prof. v. Herff. Narkose: Skopol.-Pantopon; Chloroform-Aether.

Desinfektion des Operationsgebietes mit Alkohol-Aceton $\overline{aa}$ und Jodbenzoë. Die Carcinomstellen werden mit Jodtinktur angestrichen.

Umschneidung der Scheide nahe am Ansatz an der Vulva. Die Scheide wird ringsum vorsichtig abpräpariert, was auch an der Carcinomstelle ohne Blasenverletzung gelingt. An der vorderen Umschlagstelle des Peritoneums ist eine Oeffnung entstanden. Einschieben eines provisorischen Campheröl-Tupfers. Der kleine Uterus wird zu dieser Oeffnung herausgestürzt, die uterinen Tubenenden durchtrennt und in die Peritonealwunde eingenäht. Sofortiger Schluss der Peritonealöffnung mit Tabaksbeutelnaht, nach Entfernung obigen Tupfers. Umstechung und Durchtrennung der ligg. cardinalia, ligg. sacro-uterina und ligg. vesico-pubica, so dass nun Uterus samt Scheide entfernt werden können.

Es wird nun die Hinterfläche der Blase breit mit der Vorderfläche

des Rektums bis vornehin vernäht; auf beiden Seiten wird ein kleiner Kanal gelassen, wo Xeroformgaze-Streifen behufs Drainage bleiben. Der Scheidenwundrand wird oben und unten auf 1 cm Strecke noch in sagittaler Richtung vernäht, so dass ein sehr kurzes Scheidenlumen ensteht.

23. XII. 1911. Die Frau wird als geheilt entlassen.

Patholog. anatom. Diagnose des durch Operation gewonnenen Präparates: Cancroid der Scheide.

Fast in jedem Gesichtsfeld sieht man zahlreiche, oft in ganzen Nestern zusammenliegende Hornperlen, welche von mehr oder weniger stark infiltrierten Bindegewebszügen zusammengehalten sind. Die Cancroidsperlen sind zum Teil sehr schön erhalten und zeigen ganz deutlich die concentrische Schlichtung, zum Teil aber sind sie schon degeneriert, in Schollen zerfallen und zeigen nur mehr einzelne längliche Kerne. Grössere Partien stark von Lenko- und Lymphocyten infiltriert grenzen an ganz nekrotische zum Teil von Blut durchsetzte Massen. Juni 1913 gesund.

Fall	Alter der Patienten	Alter des Prolapses	Sitz des Carcinoms					Polypöse Form	Infiltrierende Form
			hinten	vorn	seitlich rechts	seitlich links	ringförmig		
Zizold	47	22	—	—	1	—	—	1	—
Linke I	44	16	—	—	1	—	—	1	—
Linke II	57	12	—	—	—	—	1	—	1
Schmidt	73	43	—	—	—	1	—	1	—
Gebhardt	?	?	—	—	—	1	—	1	—
Fleck	43	3	—	—	—	—	1?	—	1
Kirchner	80	40	—	—	1	—	—	1	—
Moraller	46	3	—	—	—	—	1	1	—
Ruge	53	20	—	—	—	—	—	—	—
Veit	?	?	—	—	—	—	—	—	—
v. Herff I	63	20	—	—	—	—	1	—	1
v. Herff II	68	10	—	—	—	1	—	1	—

Von Fall Gebhardt konnte ich leider nur eine Abbildung erhalten. Was die übrigen 11 Fälle anbelangt, ist aus obiger Tabelle leicht ersichtlich, dass sich in keinem einzigen Falle das mit Prolaps kombinierte Vaginalkarzinom bei Frauen unter 40 Jahren findet, im Gegensatz zum primären Scheidenkrebs ohne

Prolaps. Sind doch in der Literatur Fälle letzterer Art schon beschrieben in jugendlichem Alter von 20 und weniger Jahren. So berichtet Beil von einem Mädchen von 21 Jahren mit prim. Vaginalcarcinom. Nach Winckel stehen die Patientinnen in einem Zwölftel aller Scheidenkrebse im Alter von 15—20 Jahren. Auch A. Martin meint, dass das primäre Carcinoma vaginae relativ häufig in jüngeren Jahren auftrete. Guersont beobachtete einen solchen Fall bei einem 3½jährigen Mädchen, Breisky bei einem zweijährigen Kind und Smith sogar bei einem Säugling von 14 Monaten. Doch sind das eben Abnormitäten, bei denen man in der Literatur den Verdacht ausgesprochen findet, es möchte sich da vielleicht um Sarkome gehandelt haben.

Wie sich der primäre Scheidenkrebs auf die verschiedenen Altersstufen verteilt, zeigen folgende Angaben:

Nach Küster kommen zwischen

15—20 Jahren	2 Personen	41—50 Jahren	4 Personen
21—30 „	2 „	51—60 „	4 „
31—40 „	9 „	61—70 „	1 Person

Nach Rohrbach:

15—20 Jahren	2 Personen	41—50 Jahren	4 Personen
21—30 „	4 „	51—60 „	6 „
31—40 „	12 „	61—70 „	1 Person

Nach Kalle:

20—30 Jahren	2 Personen	51—60 Jahren	5 Personen
31—40 „	5 „	61—70 „	3 „
41—50 „	3 „	71—80 „	1 Person

Nach Lossen:

5—15 Jahren	1 Person	41—50 Jahren	5 Personen
16—20 „	1 „	51—60 „	9 „
21—30 „	8 Personen	61—70 „	1 Person
31—40 „	12 „		

Aus diesen Tabellen ist deutlich ersichtlich, dass die Patientinnen, die an einem primären Carcinoma vaginae leiden, das nicht mit Prolaps kombiniert ist, zum grössten Prozentsatz im Alter von 31—40 Jahren davon befallen werden; bei den Frauen, bei denen das Carcinom auf der prolabierten Scheide entstanden ist, finden wir keinen Fall unter 40 Jahren; die meisten haben ein weit höheres Alter. Da liegt somit die Idee sehr nahe, dass wohl der Prolaps und die damit verbundenen chemischen und

physikalischen Reize die unmittelbaren aetiologischen Momente zur Krebsbildung abgeben.

Noch weit mehr als das Alter spricht für diese Idee der Sitz des Carcinoms der prolabierten Scheide. Bekanntlich trifft man ja das primäre nicht komplizierte Vaginalkarzinom in mehr als 70 Prozent an der hintern Wand, also der am weitaus am meisten allem Möglichen ausgesetzten Stelle. Nicht so beim Carcinoma vaginae cum prolapsu, wo kein einziges seinen Sitz ausschliesslich hinten oder vorn, sondern alle seitlich, entweder rechts oder links, haben, oder seitlich, und nach vorn und hinten mehr oder weniger übergreifend. Dieser auffallende Unterschied lenkt uns unwillkürlich auf die Aetiologie dieser Erkrankung.

Wenn schon für das einfache Vaginalkarzinom vor allen andern Theorien die Irritationstheorie für die naheliegendste causale Genese angenommen wird, so zwingt sie sich beim mit Prolaps kombinierten Scheidenkrebs uns geradezu auf.

Die Irritationstheorie, d. h. die Annahme chemischer und physikalischer Reize als auslösende Ursachen des Carcinoms, spielte von jeher in der Aetiologie der malignen Degeneration eine grosse Rolle. Als Beleg für diese Ansicht, die von Virchow und andern betont wurde, brachte man eine grosse Anzahl von Tatsachen bei, so z. B. das Auftreten des Carcinoms an Körperstellen, die häufigen traumatischen Insulten ausgesetzt sind, wie die Karzinome der Unterlippe bei Pfeifenrauchern, die der Zunge durch den chronischen Reiz kariöser spitziger Zähne verursacht, die Carcinome der Gallenblase im Anschluss an Steinbildung. Chemisch und physikalisch viel gereizte Stellen sind auch die engen Partien unseres Digestionstraktus. Hieher gehören auch die Krebse, die sich aus durch chronische Reizungen hervorgerufenen chronisch-entzündlichen Zuständen entwickeln, wie z. B. der Paraffinkrebs, der Schornsteinfegerkrebs, der Hautkrebs bei Steinkohlenfabrikarbeitern usw. Besonders müssen beachtet werden jene Haut-, Schleimhaut- und Drüsenkarzinome, die einem chronisch entzündlichen oder geschwürigen Boden entwachsen, so die Magenkarzinome im Anschluss an einfache chronische Magengeschwüre, dann als Folge von langsam heilenden Wunden, Geschwüren, Ekzemen usw., ferner die Carcinomentwicklung auf dem Boden chronischer Endometritis und Salpingitis. Interesse beansprucht fernerhin die Krebsbildung in Schleimhäuten, bei

denen auf Grund chronischer Entzündungszustände eine Metaplasie des Epithels eingetreten war.

Die prolabierte Vagina nun ist ein Ort, der gar manchen Insulten ausgesetzt ist. Scheuert doch beim Gehen die seitliche Wand beständig am Oberschenkel. Es fliessen Sekrete ab, besonders wenn einmal ein Geschwür entstanden ist, sei es durch direkte Verletzung oder durch krasse Vernachlässigung der prolabierten Teile. Ferner wird den Scheidenwänden oft viel zugemutet durch Einführen verschiedenster Fremdkörper, sei es zu masturbatorischen oder therapeutischen Zwecken; im letztern Falle wird man auch gleich an die Pessarien denken. Nun herrschen gerade hierüber die verschiedensten Ansichten. In der Literatur findet man ja zahlreiche Fälle, wo Carcinom sicherlich auf Pessardruck zurückzuführen ist; es gibt aber auch Fälle, wo Pessare Jahrzehnte lang ohne nachweisbaren Schaden getragen wurden. Ja, man muss sich geradezu wundern, wie gut die Pessarien vertragen werden. Professor v. Herff sagt: „Den vielfach angeschuldigten Pessardruck kann ich höchstens als ein begünstigendes Nebenmoment ansehen, wenn eben dieses Zusammentreffen, angesichts der zahllosen Frauen, die mit Pessaren behandelt, ja misshandelt werden, nicht ein Spiel des Zufalls ist. In der Umgebung der Druckstellen entstehen wohl harte, aber gutartige, papillomatöse Wucherungen, die mit Carcinom leicht verwechselt werden können, aber damit nichts zu tun haben.“ (Zentralblatt für Gynäkologie. 1896.)

Von den 12 Fällen von Carcinom der prolabierten Vagina gab keine einzige Frau an, dass sie je ein Pessar getragen.

Häufige Schwangerschaft als weiteres aetiologisches Moment dürfte hier wohl kaum in Frage kommen, da es ja schon für einfaches Vaginalkarzinom ziemlich allgemein fallen gelassen wurde. Dass häufige Schwangerschaften die Entstehung eines Prolapses begünstigen, ist ja leicht einzusehen. Es sind aber auch Fälle von Prolaps bekannt bei Patientinnen, die weder geboren noch abortiert hatten (vide Fall Fleck und Linke II), wobei es sich um Individuen mit schlechter nachgiebiger Muskulatur und schwachen bindegewebigen Apparaten handelt mit überhaupt wenig widerstandsfähiger Konstitution.

Sehr auffallend ist es nun aber, dass bei der sehr grossen Zahl von Frauen, die an Prolaps leiden, so wenige an Scheiden-

karzinom erkranken. Der Umstand jedoch, dass die Praedilektionsstelle der primären Vaginalkrebse gerade die hintere Wand ist, wo die Portio bei Körperbewegungen immer mehr oder weniger scheuert, und dass im Gegensatz hierzu bei den 12 bis jetzt bekannten Fällen von Prolaps mit Carcinom das Carcinom regelmässig an der Seitenwand, die gegen den Oberschenkel scheuert, entstand — während die vordere und hintere Wand gar keine oder nur geringe Carcinombildung zeigten — ist sicher zu beachten, ja man darf hierin direkt einen Beweis für die Irritationstheorie des Carcinoms überhaupt erblicken.

Dass aber die so häufig prolabierte Scheide trotz diesen günstigsten aetiologischen Momenten dennoch so selten von Carcinom befallen wird, kann man sich verschieden erklären. — Küstner findet eine Erklärung für diese Tatsache darin, dass bei der ektropionierten Scheide trotz des fortwährend wirkenden pathologischen Reizes wegen des jedenfalls regeren Epithelverbrauchs durch Vertrocknung, Verhornung und Abschilferung die Bilanz zwischen verbrauchtem und neugebildetem Epithel eher eingehalten werde, als bei in normaler Lage befindlichen. Für diese Ansicht spricht auch die Tatsache, dass der Krebs der äusseren Partien des menschlichen Körpers, an denen ja der stärkste Epithelverbrauch- und regeneration stattfindet, bei weitem weniger häufig ist als an den innern Organen.

Als weiterer Faktor, der bei Vorfällen einer Carcinombildung kräftig entgegenwirkt, wirkt wohl die chronische Stauung, welche ja in jedem Prolaps durch die bestehende Zerrung der Gewebe zustande kommt. Nach Analogie der Bier'schen Stauung würde das Scheidenbindgewebe besser ernährt werden — indem es dem nun langsamer vorbeifliessenden Blute die guten Stoffe ausgiebiger entnehmen kann — und dem Epithel im Alter mehr Widerstand leisten, d. h. eben das Gleichgewicht halten können. Ueberschreitet jedoch die Stauung einen gewissen Grad, und ist ausserdem das betreffende Individuum ganz besonders wenig widerstandsfähig, so wird das nun durch das Oedem mehr wie das Epithel geschädigte Bindegewebe im Kampf ums Gleichgewicht unterliegen. — Wenn die Hypothese von Thiersch in der disponierenden Herabsetzung des Gewebswiderstandes zunächst ein passives Moment betont, so liegt es auf der Hand, dass die Wirkung desselben um so mehr zur Geltung kommen muss, wenn

gleichzeitig als positive Ursache eine abnorme Steigerung der Proliferationsenergie des Epithels hinzutritt — durch mechan. Reizung bedingt — deren Effekt sich mit der Störung des Gleichgewichtes im Gewebe summiert.

Pathologisch-anatom. begegnen wir auch hier den gleichen Formen wie beim nicht-komplizierten Scheidenkrebs,

1. der flächenhaften Infiltration,
2. dem papillären Cancroid,

doch ist letzteres häufiger.

Olshausen bemerkt aber, dass es sich schwer entscheiden lasse, ob die eine Form nicht etwa aus der andern hervorginge, oder ob es sich wirklich um zwei gänzlich verschiedene Veränderungen handle.

Eine Sonderstellung nimmt der Fall Fleck durch sein auffallend langsames Wachstum nach Art des ulcus rodens ein.

Mikroskopisch ist sieben Mal Plattenepithelkarzinom, wovon fünf Mal Cancroid, diagnostiziert worden. In fünf Fällen wird einfach von Carcinom schlechtweg gesprochen.

Die ersten Symptome, welche diese Krankheit macht, sind dieselben wie bei den übrigen Genitalkarzinomen, Blutungen und Ausfluss. Da dieselben anfangs jedoch oft ganz unbedeutend sind, so werden sie meist gar nicht beachtet oder aber falsch gedeutet. Erst wenn die Blutungen häufiger und reichlicher und der Ausfluss stärker und gar übelriechend wird, wenn Schmerzen, spontan oder bei der Defäkation auftreten, die ins Kreuz und in die Beine auszustrahlen pflegen, erst dann sucht die Patientin gewöhnlich den Arzt auf.

Zur besseren Uebersicht stelle ich die Symptome aller 12 Fälle kurz nebeneinander:

1. Fall: Bald schwächere, bald stärkere Blutungen aus der ulzerierten Geschwulst; keine Schmerzen.
2. Fall: Blutung aus der Neubildung, sich jede Woche zweimal wiederholend; Schmerz im Vorfall beim Husten.
3. Fall: Drei Jahre nach der Menopause Urinbeschwerden und Harndrang, übelriechender Ausfluss und Schmerzen im Leib.

4. F a l l: Oefters mehr oder weniger starke Blutungen aus dem auf der linken Seite gelegenen Ulcus, welches eitrige, übelriechende Flüssigkeit absonderte; daneben Unterleibsschmerzen.

5. F a l l: Hier liegt nur eine Abbildung vor.

6. F a l l: Schmerzen im Unterleib und im Vorfall selbst, die das Sitzen unmöglich machen. Urinentleerung schon längere Zeit schmerzhaft und mangelhaft, in letzter Zeit Ischuria paradoxa, Urin übelriechend.

7. F a l l: Retentio urinae.

8. F a l l: Oefters Blutungen aus dem Geschwür, starke Abmagerung.

9. und 10. F a l l: Sagen nichts von den Symptomen.

11. F a l l: Nur das Gefühl von Zug nach unten, sonst keine Beschwerden.

12. F a l l: Ausfluss, nicht blutig, graulich, etwas zäh; erst später Blutungen, die erste einen vollen Tag dauernd; jetzt blutig vermischter Ausfluss, geringe Schmerzen bei der Cohabitation.

In den neun Fällen, in denen die Symptome angegeben sind, finden wir fünf Mal Blutungen, drei Mal mehr oder weniger übelriechenden Ausfluss und nur vier Mal Schmerzen, die zudem erst später auftraten; einmal starke Abmagerung und zwei Mal Urinbeschwerden, die teils durch den Prolaps, teils durch die fortschreitende Neubildung bedingt waren.

Was die Diagnose des mit Prolaps komplizierten Vaginalkarzinoms anbelangt, dürfte sie wohl kaum Schwierigkeiten bieten, da die pathologische Veränderung ja leicht zugänglich ist sowohl für das Auge als auch für den tastenden Finger.

Die maligne Degeneration könnte eventuell noch verwechselt werden mit dem Scheidensarkom; aber dieses kommt ja noch viel seltener vor und dann fast immer bei jugendlichen Individuen und meist multipel. Auch die Tuberculose und die Lues sind imstande, ähnliche degenerative Prozesse mit Auf- und Abbau und Durchbrüche in Nachbarorgane zu bilden. v. H e r f f s Ulcus molle an der hintern Scheidenwand und O l s h a u s e n s primäre Tuber-

culose der Vagina sind Einzelfälle in der Literatur, von welcher Erkrankung übrigens auch ein Fall im Frauenspital Basel von v. Herff beobachtet wurde. Eine kleine Probeexcision wird in zweifelhaften Fällen bald die richtige Diagnose schaffen.

Die Prognose des Vaginalkarzinoms bei Prolaps ist eben so schlecht, wie die beim nicht komplizierten Scheidenkrebs. Ganz abgesehen von den anatomischen Verhältnissen, die ein sehr rasches Vordringen der Neubildung in die Tiefe und ein Uebergreifen auf Blase und Rektum gestatten, liegt ein Hauptgrund der so schlechten Prognose in der späten, d. h. zu späten Diagnose. Nicht dass diese Krankheit diagnostische Schwierigkeiten bereitet, sondern die unglaublichste Indolenz dieser Patientinnen trägt wohl die grösste Schuld am schlechten Ausgang.

Von den 11 Fällen — Fall Gebhardt sagt nichts vom Verlaufe — wurden 6 als inoperabel wieder entlassen; eine Patientin starb schon 6 Monate nach der Operation; eine Patientin, der die Neubildung mittelst Paquelin zerstört wurde, bekam bald nach der Operation wieder mehrere Blutungen und schon nach sieben Monaten wurde ein Rezidiv beobachtet; Veit sagt bei seinem Falle nur, dass Patientin sich vom operativen Eingriff wohl erholen werde, hält den Fall aber dennoch für ganz verzweifelt. Ganz verblüffend hingegen sind die Resultate von v. Herffs beiden Fällen. Frau B., die er in schon marantischem Zustande operierte, erfreut sich eines sehr guten Wohlbefindens, und obwohl seit der Operation schon volle 22 Monate verflossen, konnte noch keine Spur von einem Rezidiv nachgewiesen werden (die Frau kommt nämlich alle Vierteljahre zur Untersuchung). Ebenso Frau S. (Fall 12), der ebenfalls im Frauenspital Basel die prolabierte carcinomatös entartete Scheide samt Uterus entfernt wurde, erfreut sich jetzt, 18 Monate nach der Operation, der besten Gesundheit und beide Frauen beklagen sich geradezu über Zunahme des Körpergewichtes.

Was die Therapie anbelangt, so ist die Radikaloperation die einzige, welche die Prognose wesentlich zu bessern imstande ist, und zwar soll man sich für dieselbe noch entschliessen, wenn immer wie eine Rettung noch möglich erscheint, d. h., wenn der Zustand der Patientin es noch gestattet und nicht allzu grosse frische Komplikationen von Seiten der Nachbarorgane vorhanden. v.

Herffs Fälle beweisen doch, wie man selbst in verzweifeltem Falle ein überraschend gutes Resultat erzielen kann.

Nur wo das Carcinom schon allzu weit um sich gegriffen, und die Blasen- und Rektumwand schon ganz durchsetzt und die Drüsen in grossem Umfange affiziert sind, nur da besteht die symptomatische Behandlung zu Recht, um der Frau ihr Leiden wenigstens erträglicher zu machen. In erster Linie soll man den Allgemeinzustand der Patientin heben und vor allem muss peinlichste Reinlichkeit herrschen. Tägliche Bäder dienen nicht nur zur Reinigung, sondern auch zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit, besonders wenn sie prolongiert und warm gegeben werden. Sind Schmerzen vorhanden, bekämpfe man sie erst mit heissen Umschlägen. Sehr gut erwiesen hat sich bis jetzt auch das Antipyrin bei Krebsschmerzen. Erst später nehme man seine Zuflucht zu den Narkotica, Cocaïn, Codeïn, innerlich oder in Suppositorien, ferner Sulfonal, Veronal, Brom und endlich Morphium. Opium dürfte hier wohl kontraindiziert sein wegen der meist bestehenden Obstipation. Selen wäre zu versuchen.

Bei starkem Zerfall, Jauchung und Blutung kommt die Auslöffelung der zerfallenen Massen in ihr Recht mit nachfolgender Aetzung oder Cauterisation, jedoch mit Vorsicht, um nicht Blase oder Mastdarm unversehens zu eröffnen und so einen noch bedauerlicheren Zustand zu schaffen. Ein vorzügliches Mittel ist auch das Zinkopyrin. Pinselungen mit 50—90%igem Carbolspiritus mit oder ohne Zusatz von Jodtinktur beschränken die Jauchung erheblich.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor v. Herff, für die Anregung zu dieser Arbeit und Ueberlassung der beiden Fälle zur Veröffentlichung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Hauber: Ueber das primäre Carcinom der Vagina und seine Behandlung (München 1909, Diss.).
2. Hauser: Jnaugural-Dissertation, Basel 1910.
3. v. Herff: Zentralblatt für Gynäkologie 1896.
4. Kirchner: Inaugural-Dissertation, Erlangen 1905.
5. Küstner: a) Archiv für Gynäkologie, 1876; b) Grundzüge der Gynäkologie, 1893.
6. Linke: Jnaugural-Dissertation, Jena 1895.
7. Moraller: Ref. Zentralblatt für Gyn., Nr. 27/41, 1907.
8. Ruge: Ref. Zentralblatt für Gyn., Nr. 40, 1907.
9. Veit: a) Lehrbuch der Gynäkologie; b) Ref. Zentralblatt für Gyn., Nr. 10, 1910.
10. Zizold: Münchner Medizinische Wochenschrift, Nr. 6/7, 1889.